

Cannabis en schizofrenie: behandelen en beheersen

Daniël van Dijk

Inleiding

Mensen die lijden aan schizofrenie gebruiken meer cannabis dan mensen zonder deze ziekte (Degenhardt, Hall & Lynskey, 2003; Van Os, Bak & Hanssen, 2005). Cannabisafhankelijkheid heeft een negatief effect op de gezondheid en op het beloop van de ziekte (Van Os, Bak & Hanssen, 2005). Hoewel het gebruik van cannabis in Nederland niet strafbaar is, gelden in de kliniek - om begrijpelijke redenen - andere regels en blijft de handel illegaal. Dit levert bijkomende problemen op binnen de GGZ. Het huidige beleid bij cannabisafhankelijkheid is meestal gericht op abstinentie, en dit is een moeizaam proces.

Twee patiënten worden beschreven waarbij bovengenoemde problematiek een rol speelde maar onderhandelingen uiteindelijk hebben geleid tot een goed, maar controversieel, behandelplan.

Casus 1

Jan werd in 1973 geboren, zwangerschap en bevalling waren zonder complicaties. Met zijn twee jaar jongere broer en vier jaar jongere zus gaat het goed. De ouders zijn vriendelijk en adequaat in het contact, de familie-anamnese voor psychiatrische ziekten is blanco. In de vijfde klas van het atheneum (VWO) was er sprake van een knik in de levenslijn en doubleerde patiënt tweemaal, waarna hij van school werd gestuurd. Daarna volgde een carrière van twaalf ambachten, dertien ongelukken.

Toen hij vijftien jaar oud was begon hij alcohol en allerlei drugs te gebruiken. Vanaf zijn twintigste gebruikte hij cannabis en alcohol in grote hoeveelheden en was er sprake van afhankelijkheid.

Op 22-jarige leeftijd werd bij Jan de diagnose schizofrenie gesteld. Sindsdien werd hij herhaaldelijk opgenomen. Abstinentie werd gedurende opnamen wel bereikt, maar tijdens de eerste verlopen begon het blowen weer. Meestal werd patiënt dan ontslagen vanwege het gebruik van alcohol en cannabis. Uit het dossier van de afgelopen jaren blijkt het beeld van een schizofrene ontwikkeling met aanvankelijk exacerbaties en remissies en uiteindelijk een chronisch psychotisch beloop. Alcohol- en cannabisafhankelijkheid compliceren het beeld. Diverse antipsychotica hadden maar een beperkt effect. In het jaar voor zijn opname bij ons leidde hij een zwervend bestaan en mishandelde hij zowel zijn ouders als een casemanager. De diagnose luidde, bij opname op onze kliniek: 'Therapieresistente chronische psychose in het kader van schizofrenie, in combinatie met misbruik en afhankelijkheid van alcohol en cannabis, bij zorgmijdende man met antisociale trekken.' Jan werd ingesteld op zuclopentixol, tweewekelijks 200 mg intramusculair. Uit de voorgeschiedenis bleken antipsychotica (zuclopentixol, broomperidol, flufenazine, haloperidol, risperidon) maar beperkt effectief, zodat het een partieel therapieresistente patiënt betrof.

Verblijf op afdeling

Met Jan vielen geen afspraken te maken. Ook al was hij van goede wil, de krachten ontbraken. Patiënt gebruikte cannabis in grote hoeveelheden omdat hij meende dat dit moest in het kader van zijn geloof (rastafari). Alcohol gebruikte hij omdat hij het 'lekker' vond en omdat hij

Daniël van Dijk (✉)

Drs. D. van Dijk psychiater bij GGZ Dijk en Duin te Castricum en voorzitter van de Clozapine Plus Werkgroep. E-mail: dvdijk@dijkenduin.nl.

dan minder last van stemmen had. Hij gebruikte meer dan twintig eenheden vanaf 's ochtends vroeg. Hij zag het gebruik van alcohol en tabak wel als een probleem voor zijn gezondheid. Hij voelde zich stram en onrustig, naar eigen zeggen als gevolg van de medicatie, zodat hij zijn depot niet meer wilde.

Bij onderzoek zagen wij een psychotische, matig verzorgde man die grimaste en voortdurend om zich heen keek. Bewustzijn en oriëntatie waren ongestoord. Er waren akoestische hallucinaties met converserende, becommentariërende en bevelende stemmen. Het denken werd beheerst door wanen was concreetistisch. De stemming was somber, het affect iets vlak. Er was geen suïcidaliteit. Lichamelijk onderzoek en laboratoriumonderzoek lieten geen afwijkingen van betekenis zien. Begonnen werd in een gesloten setting met het ontgiften van alcohol. Hij kreeg vitamine-B-suppletie en een afbouwschema voor de lorazepam. Jan werd tevens ingesteld op clozapine, een atypisch antipsychoticum, dat geïndiceerd is voor de behandeling van (partieel) therapieresistente schizofrenie. Omdat cannabisabstinentie onbespreekbaar was in verband met zijn eerder genoemde religieuze achtergrond, kreeg hij tevens cannabis voorgeschreven in de vorm van thee. Het betreft Cannabis Flos[®] (variëteit Bedrocan), tweemaal daags 200 ml, getrokken van 0,2 gram. (Omdat het vetoplosbare stoffen betreft, adviseren sommigen om een klontje boter toe te voegen.)

Patiënt verbleef 24 uur per etmaal op de afdeling en de binnentuin. Dagelijks had hij gesprekken met verpleegkundigen en de psychiater, met als doel steun, structuur en motivatiehandhaving. In de loop van een aantal weken verminderde de 'craving'. Hij kreeg weer vrijheden, waarbij hij begon te trainen met hardlopen en fietsen in de duinen. Hoewel hij tijdens verlof wel eens blowde, dronk hij geen alcohol.

Met deze patiënt gaat het inmiddels goed, al voelt hij zich schuldig ten aanzien van zijn familie. Hij is een vriendelijke, gewetensvolle man die zich veel terugtrekt in de natuur. Voor het eerst sinds jaren is hij op vakantie gegaan met zijn ouders. Behoudens enige sedatie heeft patiënt geen last van bijwerkingen van zijn medicatie. De cannabisthee verstrekken wij nog steeds, om te voorkomen dat hij meer gaat roken. Steeds vaker zegt hij het roken van cannabis te willen verminderen als hij daaraan toe is.

Casus 2

Hans werd in 1970 geboren als oudste zoon in een gezin met twee zonen. De ouders zijn vriendelijke hardwerkende mensen. Bij zijn broer spelen geen

gezondheidsproblemen. Hans was een veelbelovend sporttalent en trainde bij de jeugdselectie van een topvoetbalclub. Rond zijn dertiende begon hij antisociaal gedrag te vertonen, hij ontspoorde en kwam in de jeugddelinquentie terecht. Op zijn zestiende jaar ontstonden psychotische verschijnselen, kort daarna begon hij met het gebruik van cannabis. Toen Hans achttien was, werd de diagnose schizofrenie gesteld. Verscheidene opnamen mislukten vanwege het niet nakomen van afspraken met betrekking tot het gebruik van cannabis. Antipsychotica, zowel oraal als intramusculair, waren onvoldoende werkzaam.

Bij opname op onze kliniek was patiënt 25 jaar en leed hij aan chronische paranoïde wanen in het kader van schizofrenie. Daarnaast was er sprake van impulsdoorbraken (woede-uitbarstingen en exhibitionisme), een cannabisverslaving en antisociale persoonlijkheidstrekken. Hij was ingesteld op een zuclopentixol-depot.

Verblijf op de afdeling

Behoudens totale opsluiting met separatie, hetgeen zeer traumatisch was voor patiënt, bleek geen enkele interventie effectief om Hans van cannabisgebruik af te houden. Patiënt bleek bereid om clozapine te proberen als wij niet zouden eisen om het gebruik van cannabis te staken. Met de afspraak dat het cannabisgebruik beperkt zou blijven tot maximaal drie eenheden per dag, werd hij ingesteld op clozapine. Binnen twee weken verbeterde het beeld van patiënt. In de jaren daarna was er sprake van een opgaande lijn; het antisociale gedrag en de impulsdoorbraken verdwenen.

Hij gebruikt tegenwoordig twee eenheden cannabis per dag (anamnestisch), die hij koopt in een coffeeshop, en heeft medicatie (dagelijks 500 mg clozapine) in eigen beheer. Het gebruik van cannabis brengt hem niet meer in problemen. Het contact met zijn familie verbeterde en hij ging zelfs met zijn ouders op vakantie. De ouders accepteerden Hans' gebruik van cannabis, hoewel zij het altijd hadden gezien als een van de oorzaken van zijn ziekte. Tegenwoordig woont patiënt betrekkelijk zelfstandig in een individuele beschermde woonvorm en is aanvoerder van een GGZ-voetbalteam.

Bespreking

De behandeling van cannabis gebruikende mensen die lijden aan schizofrenie is gericht op abstinentie. Veelal zien wij bij deze patiënten behalve de psychose en verslaving ook antisociaal en gewelddadig gedrag en (partieel) therapieresistentie. Klinische behandeling faalt nogal eens omdat afspraken niet kunnen worden

nageleefd en de patiënt en diens gebruik het afdelingsklimaat negatief beïnvloeden. Ambulante behandeling biedt vaak te weinig structuur om de verslaafde schizofreniepatiënt te kunnen behandelen.

Meer dan de helft van de patiënten zegt cannabis te gebruiken om minder last te hebben van de symptomen van hun ziekte en/of van de bijwerkingen van antipsychotica (Addington & Duchak, 1997; Chambers, Krystal & Self, 2001; De Haan, 2005; Van Dijk, Jonkman & Hijman, 2004). Of deze zelfmedicatie ook werkelijk een oorzaak is, staat weliswaar ter discussie (Dixon, Haas & Weiden, 1991; Goswami e.a., 2004) maar speelt in ieder geval een rol in de beleving van de patiënt (Dixon, Haas & Weiden, 1991; Van Dijk, Jonkman & Hijman, 2004). Een specifieke behandeling van cannabisafhankelijkheid, die goed onderzocht is, bestaat niet. Cannabis als medicijn is geregistreerd voor de behandeling van glaucoom, pijnlijke spasmen bij multipale sclerose en voor anorexie als bijwerking van chemotherapie (Van de Wetering & Franzek, 2007).

Bij de beschreven patiënten bleek het inpassen van het gebruik van cannabis in hun behandeling de enige weg om de neerwaartse spiraal te doorbreken. Doordat het cannabisgebruik geen problemen meer opleverde, was er ruimte om hun psychotische stoornis optimaal te behandelen. Bij bovengenoemde patiënten was clozapine geïndiceerd in verband met therapieresistentie (Clozapine Plus Werkgroep, 2007). Een extra argument om clozapine voor te schrijven, is dat er sterke aanwijzingen zijn dat het ook een effectief medicijn is bij mensen die naast hun psychotische ziekte verslaafd; het gebruik lijkt te verminderen (Clozapine Plus Werkgroep, 2007). Van belang is nog dat beide patiënten geen andere drugs of alcohol meer gebruiken en dat de dagdosering van

cannabis lager ligt dan voorheen. Ook het antisociale gedrag is verdwenen.

Literatuur

- Addington, J., & Duchak, V. (1997). Reasons for substance use in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96, 329-333.
- Chambers, R.A., Krystal, J.H., & Self, D.W. (2001). A neurobiological basis for substance abuse comorbidity in schizophrenia. *Biological Psychiatry*, 50, 71-73.
- Clozapine Plus Werkgroep (2007). Internet: clozapinepluswerkgroep.nl.
- Degenhardt, L., Hall, W., & Lynskey, M. (2003). Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis. *Drug and Alcohol Dependence*, 71, 37-48.
- Dijk, D. van, Jonkman, C.M., & Hijman, R. (2004). Cannabis and schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 67(abstracts), 15.
- Dixon, L., Haas, G., & Weiden, P.J. (1991). Drug abuse in schizophrenic patients: clinical correlates and reasons for use. *American Journal of Psychiatry*, 148, 224-230.
- Gardner, E.L., & Lowinson, J.H. (1991). Marijuana's interaction with brain reward systems: update. *Pharmacology, Biochemistry and Behaviour*, 40, 571-580.
- Goswami, S., Mattoo, S.K., Basu, D., e.a. (2004). Substance-abusing schizophrenics: do they self-medicate? *American Journal on Addiction*, 13, 139-150.
- Haan, L. de (2005). Het optimale niveau van dopaminerge neurotransmissie. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149, 1717-1720.
- Nimwegen, L. van, Haan, L. de, Beveren, N. van, e.a. (2005). Adolescence, schizophrenia and drug abuse: a window of vulnerability. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111, 35-42.
- Os, J. van, Bak, M., & Hanssen, M. (2005). Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *American Journal of Epidemiology*, 156, 319-327.
- Test, M.A., Wallisch, L.S., Alness, D.J., e.a. (1989). substance use in young adults with schizophrenic disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 15, 465-476.
- Wetering, B.J.M. van de, & Franzek, E.J. (2007). Medicamenteuze behandel mogelijkheden bij verslaving aan cannabis, opiaten, stimulantia. *Psyfar*, 2, 27-31.